



ໃບແຈ້ງການເຖິງຜູ້ຮັບກ່ຽວກັບສິດທິຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ ADATSA
CLIENT NOTICE OF ADATSA ELIGIBILITY

ໃນຖານະເປັນຜູ້ຮັບຢູ່ໃນໂຄງການ ADATSA, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອບາງຢ່າງຈາກຮັດວິຊາຕົນ, ແລະ ທ່ານມີສິດທິ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເຫລົ່ານີ້ຕໍ່ໄປ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ADATSA, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ:

- 1) ຫລັກສູດການປິ່ນປົວຕາມການພິຈາະນາຈາກສູນກາງ, ຖືຕາມການຕັດສິນດ້ານການພະຍາບານຂອງເຂົາເຈົ້າ, ບົນພື້ນຖານວ່າສິ່ງໃດຈະເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານຫລາຍທີ່ສຸດ.
- 2) ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນລາຍຊື່ລຳຖ້າເຂົ້າປິ່ນປົວ, ແລະ ການຊ່ວຍເຫລືອ ແລະ ພະຍາບານໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວ.

ທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບຝູດສະແຕມແຕ່ວ່າມັນຈະບໍ່ຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານເອົາເອງໂລດ. ທ່ານຕ້ອງຂໍເອົາຢູ່ຫ້ອງການບໍຣິການຊຸມນຸມຊົນ (CSO).

ມີສິດໄດ້ຮັບ

- ການປິ່ນປົວນອນໃນສະຖານທີ່
- ການປິ່ນປົວແບບຄົນໄຂ້ນອກ
- ການບໍຣິການພະຍາບານເທົ່ານັ້ນໃນຮະຫວ່າງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວ Opiate Dependency Treatment (ການໃຊ້ຢາ Methadone)
- ອື່ນໆ _____

ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວADATSA ຍ້ອນວ່າທ່ານ:

- ບໍ່ສາມາດຮັບຈ້າງເຮັດວຽກຍ້ອນການຕິດຢາເສບຕິດ
- ມີເງື່ອນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ ແຕ່ປະຕິເສດການປິ່ນປົວ, ໃຫ້ບອກເຫດຜົນ: _____
- ເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວ Methadone ເທົ່ານັ້ນ.
- ບໍ່ເໝາະສົມສຳລັບການປິ່ນປົວ (ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ); ເຫດຜົນ: _____
- ຄຳແນະນຳປິ່ນປົວ "Non-ADATSA":

ສິດທິ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ

ຖ້າຖືກຈັດເຂົ້າໃສ່ໃນການປິ່ນປົວ ADATSA, ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ແລະ ເງິນສຳລັບການຢູ່ອາໄສສັນຍານເທົ່ານານທີ່ທ່ານຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ຕາມຄວາມຕ້ອງການທຸກໆຢ່າງຂອງແຜນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຕ້ອງມາປະກົດຕົວສຳລັບການປິ່ນປົວຕາມທີ່ຖືກໝາຍນັດໄວ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດຮະບຽບແລະກົດໝາຍຂອງອົງການທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການ CSO ຫລື ສູນກາງ/ສະຖານທີ່ຕິຣາຄາປະເມີນຜົນໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ. ອັນນີ້ລວມເອົາ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ, ສະພາບການຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຖືກປ່ອຍຕົວອອກຈາກສະຖານທີ່ ຫລື ອົງການປິ່ນປົວນອນໃນສະຖານທີ່ ຫລື ອົງການໃຫ້ການບໍຣິການຊ່ວຍເຫລືອພາຍໃຕ້ສັນຍານຳກົມ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍອຸທອນການກະທຳທຸກໆຢ່າງທີ່ເຮັດໂດຍສູນກາງປະເມີນຜົນ ຫລື ອົງການປິ່ນປົວ, ໂດຍການຂໍເອົາ ແລະ ປະຕິບັດຕາມ "ວິທີການຮ້ອງຂໍ".

ທ່ານມີສິດຈະຂໍເອົາການຟັງຄວາມເປັນທັມຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳການກະທຳແນວໃດແນວນຶ່ງຊຶ່ງຈະສະ ທ້ອນເຖິງສິດທິຮັບ ການ ຊ່ວຍເຫລືອ ADATSA ຫລື ເງິນຊ່ວຍເຫລືອ. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການຂອງການກະທຳທີ່ຈະຂໍເອົາການຟັງເຮື້ອງ. ທ່ານຈະຂໍເອົາການຟັງເຮື້ອງໂດຍການຂຽນໄປຫາ: **Office of Appeals, PO Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465.**

ຮາຍລະອຽດຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້ອຍຟັງ. ການບໍຣິການປິ່ນປົວຂອງຂ້ອຍໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້ອຍຟັງ ແລະ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈມັນ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັບ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບ (ຂຽນເປັນຕົວພິມ)	ວັນທີ